

Data: ____/____/____ Hora da Ligação: ____h ____min Triagem () Sim () Não

Data do Óbito: ____/____/____ Hora: ____/____/____ Caso: () Aceito () Recusado

Cidade de origem/Unidade de saúde: _____

Médico solicitante da autópsia: _____ CRM: _____

Falecido: _____

Contato familiar/responsável(telefone): _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Nos dias que antecederam a morte, a vítima queixou-se ou apresentou:

1 - Febre: () Não () Sim

2 - Dor: () Não () Sim. Onde? _____

3 - Sangramento: () Não () Sim. Onde? _____

A vítima retornou da viagem recentemente? () Não () Sim. Onde? _____

Data de Retorno: ____/____/____

Foi realizado algum procedimento?

() Compressão Torácica

() Sondagem Vesical

() Intubação Orotraqueal

() Drenagem de Tórax

() Punção Venosa. Local? _____

() Cirurgia: _____ Data: ____/____/____

() Outros: _____ Data: ____/____/____

_____ Data: ____/____/____

O caso foi cancelado? () Não () Sim. Se sim, qual o motivo: _____

Data do Cancelamento: ____/____/____

Horário do Cancelamento: ____:____

SENHA:

Roteiro para perguntas da Triagem Telefônica

1º) Onde foi o óbito?

A) Rua:

Estava acompanhado de algum familiar/amigo/responsável?

- Se sim:

* Pegar história da(s) moléstia(s).

* Tinha HAS? Tinha DM?

* Tinha alguma outra comorbidade? R: SIM. Quais?

Aceitar o caso

- Se não:

* Estava sozinho ou foi encontrado por transeunte – **Encaminhar para o IML.**

* Era usuário de drogas?

- Se sim: **Encaminhar para o IML**

- Se não: **Aceitar o caso.**

B) Domicílio:

* Pegar história da(s) moléstia(s).

* Tinha HAS? Tinha DM?

* Tinha alguma **outra** comorbidade? R: SIM. Quais as outras comorbidades?

* Era usuário de drogas?

- Se sim: **Encaminhar para o IML**

* O corpo está em qualquer fase de estado de decomposição, mesmo inicial ? Mancha verde abdominal? Está com odor de putrefação?

- Se sim: **Encaminhar para o IML**

* Usava medicamentos controlados? Tinha acesso livre a eles? Há possibilidade ou indícios de ter ingerido dose excessiva?

- Se sim: **Encaminhar para o IML**

- Se não: **Aceitar o caso.**

* Têm alguma suspeita de causa externa?

- Se sim: **Encaminhar para o IML**

- Se não: **Aceitar o caso.**

C) Hospital:

- Quanto tempo de Internação?

- Qual o Diagnóstico ou História Clínica?

* **Se tiver diagnóstico:** o médico assistente tem que assinar a DO.

* **Se a causa for desconhecida:** o médico assistente deve justificar o porquê do pedido de necropsia.

D) SAMU ou UPA:

- * Pegar história da(s) moléstia(s).
- * Tinhas HAS? Tinha DM?
- * Tinha alguma **outra** comorbidade? **Se sim:** Quais comorbidades?.
- *Se o diagnóstico está bem definido (por exemplo câncer terminal), o médico deve assinar.
- * O corpo está em qualquer fase de estado de decomposição, mesmo inicial ? Mancha verde abdominal? Está com odor de putrefação? **Se sim: Encaminhar para o IML**
- * Qualquer indício ou suspeita de causa externa ? **Se sim: Encaminhar IML**
- * Era usuário de drogas? **Se sim: Encaminhar para o IML**

E) FETO MORTO:

Resolução CFM nº 1779/05

2-) Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam OBRIGADOS a fornecer a Declaração de óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500(quinhetos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25cm.

- Feto Macerado(, não dá para fechar) - Não receber
- Diagnóstico de doença materna (Exemplo: Sífilis, HAS, Infecção urinária, Toxoplasmose, eclâmpsia e outros) – **Não receber - O médico deve assinar.**
- Problemas durante o parto: placenta prévia, descolamento de placenta, circular de cordas - **Não receber - O médico deve assinar.**
- Se a mãe tiver queda, trauma, agressão física – **Encaminhar para o IML**

F) Óbito Cirúrgico:

- Sem histórico de trauma e causa desconhecida do óbito – **Receber corpo.**
- OBS:** Se no momento da necropsia foi encontrado indício de falha cirúrgica, discutir o caso com a Supervisora Técnica.

Cidades

Cidades que compõem este departamento são: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga e Trabiçu.

História Clínica/Hipóteses clínicas na triagem

Houve concordância do médico com a decisão da triagem?: () Sim () Não () Duvidoso
Informação de cancelamento do caso às _____h _____min.

Observações Gerais: _____

Justificativa de recusa do caso (Se aplicável): _____

Assinatura Médica/Triador